



ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



14(1) • 2010
ЛЮТИЙ

перенесенной обструктивной резекции сигмовидной кишки в 159 больных, выполненных в сроки 14-16 суток в 43 (27,0%) больных (I группа) и больше 21 суток в 116 (73,0%) больных (II группа). Инфильтраты и нагноения послеоперационной раны выявлены в 10 (23,3%) больных I группы и 23 (19,8%) больных II группы, несостоятельность швов анастомоза соответственно в 4 (9,3%) и 12 (10,3%) больных.

Ключевые слова: колостома, обструктивная резекция сигмовидной кишки, восстановительные операции.

RECOVERY OPERATIONS AFTER THE TRANSFERRED OBSTRUCTIVE SIGMOID COLON RESECTION IN THE EARLY STAGES

Kosovan V.N.

Summary. A comparison of the results regeneration operations and postoperative complications after a postponed obstructive sigmoid colon resection in 159 patients performed within 14-16 days in 43 (27,0%) patients (I group) and more than 21 days in 116 (73,0%) patients (Group II). Infiltrate and suppuration of surgical wounds were found in 10 (23,3%) patients I group and 23 (19,8%) patients Group II, the failure of anastomosis sutures, respectively, in 4 (9,3%) and 12 (10,3%) patients.

Key words: colostomy, obstructive sigmoid colon resection, reconstruction surgery.

© Кутовой А.Б., Пелех В.А., Самаре Э.Ф., Губарь А.С., Пимахов В.В., Мамчур Д.В., Баринов И.В.

УДК: 616.36-008.5-07-08

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

Кутовой А.Б. *, Пелех В.А. **, Самаре Э.Ф. *, Губарь А.С. **, Пимахов В.В. *, Мамчур Д.В. *, Баринов И.В. **

*Днепропетровская государственная медицинская академия, **Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова (пл. Октябрьская, 14, г. Днепропетровск, Украина, 49005)

Резюме. Проведен анализ диагностики и лечения механической желтухи у 304 больных в возрасте от 27 до 94 лет. В 46,7% случаев причиной механической желтухи был холедохолитиаз, в 38,5% - рак головки поджелудочной железы, Vaterова соска и гепатикохоледоха, в 8,9% - хронический панкреатит, в 5,9% - другие заболевания холедоха. Среди распространенных вспомогательных методов диагностики причин механической желтухи наибольшей информативностью отличились фиброхоледохоскопия и трепанбиопсия. Представлены результаты применения разных методов хирургического лечения механической желтухи.

Ключевые слова: механічна жовтяниця, діагностика, лікування.

Введение

Механическая желтуха (МЖ) сохраняет свое значение не только как ранний клинический признак, но, к сожалению, как позднее проявление ряда грозных заболеваний органов панкреато-билиарной зоны. В соответствии с демографическими переменами и особенностями развития причинной патологии в числе больных МЖ преобладают лица пожилого и старческого возраста [Дудла, Кисельов, 2009]. Распространенными методами диагностики МЖ на современном этапе развития медицины в Украине являются ультразвуковое исследование (УЗИ), ретроградное (ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)) и антеградное (чрезкожная чрезпеченочная фистулохолангиография (ЧЧФГ)) рентгеноконтрастное исследование желчевыведительной системы, компьютерная томография (КТ), магнитнорезонансная томография, эндоскопическая ультрасонография, интраоперационные эхотомоскопия, холангиография (скопия) (ИХГ), фиброхоледохоскопия (ИФХС) [Бойко и др., 2008]. Несмотря на широкий выбор методов исследования, дифференциальная диагностика механической и паренхиматозной желтух представляет определенные трудности, что в совокупности с рядом социальных факторов приводит к высокой частоте поздней обращаемости больных в профильные

стационары [Ольшанецкий, Гаркавенко, 2009].

Последнее десятилетие характеризуется не только заметным совершенствованием традиционных методов хирургического лечения МЖ, но и внедрением в практику малоинвазивных инновационных технологий [Ничитайло, Грубник, 2008]. Несмотря на это, лечение МЖ сопровождается устойчивой частотой осложнений, а выбор оптимального метода операции представляет все еще нерешенную проблему.

Цель работы: определение основных причин механической желтухи, оценка эффективности современных методов ее диагностики и результатов хирургического лечения.

Материалы и методы

Проведен анализ диагностики и лечения МЖ у 304 больных в возрасте от 27 до 94 лет, находившихся в клинике хирургии №2 ДГМА на базе Днепропетровской областной больницы им. И.И.Мечникова в 2007-2009 годах. Из них женщин было 172(56,6%), мужчин - 132(43,4%). Средний возраст составил 65,4±7,2 лет.

Для диагностики МЖ и ее причин в числе дополнительных методов использовали УЗИ в качестве скрининга, а также выборочно по показаниям - КТ у 213

больных, в том числе с болюсным усилением (БКТ) - у 75, РХПГ - у 107, ЧЧФГ - у 23, ИХГ - у 19, ИФХС - у 34. Верификацию специфики пролиферативного процесса осуществляли путем гистологического исследования тканей, полученных при чрезкожной тонкоигольной пункционной биопсии (ТИБ) (45 исследований), чрезкожной (ЧТБ) или интраоперационной (ИТБ) трепан-биопсии (38) или интраоперационной инцизионной биопсии (ИБ) (18). Во время операции состояние желчных протоков помимо инструментальной ревизии оценивали путем ИФХС с помощью аппарата "Olympus", наружный диаметр 9,8 F. Расчет диагностической значимости методов исследования проводили по известным формулам [Реброва, 2002].

Хирургическое лечение включало применение как малоинвазивных технологий, так и традиционных операций. В числе первых использовали эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧДЖП), лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), ЛХЭ, холедохолитэкстракцию (ХЛЭ) с последующим наружным или внутренним дренированием холедоха. ЭПСТ на протяжении до 10 мм выполняли при помощи игольчатого и лучевидного папиллотомов с последующей ХЛЭ. При внутрипротоковых конкрементах более 10 мм в диаметре процедуру проводили в 2 или 3 этапа. Удаление конкрементов из желчных протоков осуществляли корзинкой Дормиа, чаще после дополнительной их фрагментации механическим литотриптором Olympus BML-4Q. Для ЧЧДЖП использовали системы для дренирования желчных протоков по Сельдингеру и дренажи на стилете для чрезкожных холецистостом производства "Камед" (г. Каменец-Подольский). При лапароскопии экстракцию камней осуществляли с помощью корзинки Дормиа.

Вне зависимости от причины МЖ, хирургическое лечение проводили в один или два этапа. Показаниями для предварительной разгрузки желчных протоков были: 3 степень МЖ (билирубинемия > 200 мкмоль/л, длительность > 14 дней, гипопропротеинемия, повышение показателей сулемовой пробы в 4 раза, снижение протромбинового индекса, адинамия, инверсия сна, снижение диуреза более чем на 50%); 2 степень МЖ (билирубинемия 100 - 200 мкмоль/л, длительность 7 - 14 дней, АЛТ, АСТ в 2 раза выше нормы, стабильная гемодинамика, достаточный диурез, признаки начинающейся энцефалопатии [Ничитайло, Грубник, 2008] у больных пожилого и старческого возраста и (или) наличие сопутствующей патологии со стороны жизненно важных систем и органов в стадии функциональной (суб-) декомпенсации.

Результаты. Обсуждение

Из общего числа наблюдаемых больных у 142(46,7%) МЖ была связана с желчекаменной болезнью (ЖКБ) (рис. 1). Среди них калькулезный холе-

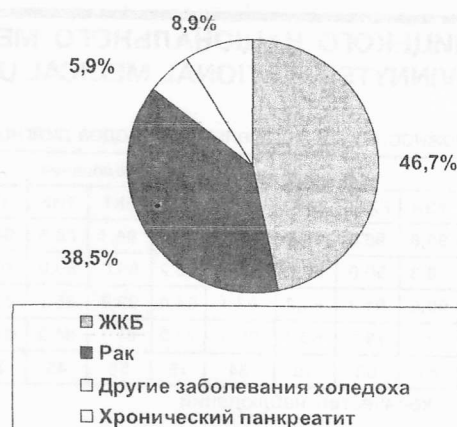


Рис. 1. Частота основных причин механической желтухи.

цистит и холедохолитиаз (ХЛ) наблюдали у 73(51,4%) больных, постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), холедохолитиаз - у 32(22,5%), холангит - у 27(19,0%), синдром Миризи - у 11(7,7%). У 117(38,5%) больных причиной МЖ был рак у 88(75,2%) с локализацией в головке поджелудочной железы, у 13(11,1%) - в фатеровом соске (БДС), у 11(9,4%) - в воротах печени (опухоль Клацкина) и у 5(4,3%) - в желчном пузыре. У 27(8,9%) МЖ в качестве основного был диагностирован хронический панкреатит и у 18(5,9%) - другие заболевания, в частности: стриктура БДС - у 8 больных, папиллит - у 5, кистозная трансформация холедоха - у 3, полип БДС - у 2.

Сравнение значимости УЗИ, РХПГ, ИХГ и ИФХС в диагностике холедохолитиаза (табл. 1) выявило преимущества отдельных из них, а именно фиброхоледохоскопии, особенно в части чувствительности, специфичности и эффективности. Так же не равнозначные результаты получены при сопоставлении результатов исследования диагностических возможностей вспомогательных методов, направленных на выявление злокачественных новообразований головки поджелудочной железы (КТ, БКТ, ТИБ, ЧТБ, ИТБ и ИБ).

Наиболее информативным из них оказалась трепанбиопсия, выполняемая как чрезкожно, так и интраоперационно. При чем, последний вариант осуществляли без сонологической поддержки, а очаг поражения определяли пальпаторно. Следует так же отметить, что применение инцизионной биопсии у 5(27,8%) больных сопровождалось достаточно выраженным кровотечением, остановка которого потребовала неоднократного прошивания паренхимы поджелудочной железы. В ближайшем послеоперационном периоде у 3(16,7%) больных проявились клинические признаки очагового инфицированного панкреонекроза.

ЭПСТ у 12 больных со стриктурой или стенозом БДС привела к разрешению МЖ и исключила необходимость выполнения каких-либо других хирургических пособий. Среди 80 больных с МЖ на почве ХЛ у 27(33,8%) удалось выполнить транспапиллярную ли-

Таблиця 1. Возможности вспомогательных методов диагностики (%).

Критерии	Методы исследования									
	УЗИ	РХПГ	ИХГ	ИФХС	КТ	БКТ	ТИБ	ЧТБ	ИТБ	ИБ
Эффективность	95,8	96,3	88,2	97,0	91,1	94,1	88,5	94,4	92,3	57,1
Специфичность	58,3	50,0	50,0	100,0	63,2	80,0	80,0	75,0	100,0	100,0
Чувствительность	90,5	91,7	84,2	97,1	84,0	92,9	86,7	90,9	93,8	66,7
Специфичность	77,1	73,2	69,1	98,5	77,2	87,1	84,3	84,7	96,2	78,6
	84	60	19	34	75	56	45	22	16	18

Примечание. n - количество наблюдений.

экстракцию. При этом диаметр конкрементов составил 6-15 мм. У 18(27,3%) больных литоэкстракция была выполнена после механической литотрипсии. Манипуляция обеспечивала фрагментирование в том числе фиксированных конкрементов. Среди осложнений ЭПСТ у 4(8,3%) больных наблюдали проявления острого интерстициального панкреатита с абсцессом, возникшим под влиянием консервативной терапии, у 4(2%) - дуоденальные кровотечения, при которых гемостаз был обеспечен эндоскопически инъекционным путем.

ФЭЧДЖП использовали при отсутствии возможности или целесообразности выполнения РХПГ и ЭПСТ. У 93 больных у 44 (47,3%) пунктировали желчный пузырь, у 40(43,0%) - левый печеночный проток, у 9(9,7%) - правый печеночный проток. После ФЭЧДЖП основная функция дренажей наблюдалась у 72(77,4%) больных. В 14(15,1%) случаях имело место прекращение тока желчи по дренажам в связи с их дислокацией, в 7(7,5%) - в связи с прогрессирующей печеночной недостаточностью. У 9(9,7%) пациентов наблюдалось подтекание желчи мимо дренажа в свободную брюшную полость. Из них в 5 случаях было выполнено повторное ФЭЧДЖП с применением катетеров большего диаметра и дренирование подпеченочного пространства. После переустановки дренажа подтекание желчи не наблюдалось. У 4 больных были выражены показания к urgentной лапаротомии и дренированию желчных протоков. У 77(82,8%) больных после нормализации уровня билирубинемии наружные желчные свищи были упразднены за счет выполнения радикальных или паллиативных хирургических вмешательств.

Хирургическое лечение больных МЖ предусматривало выполнение 276 операций, отличающихся технологическим уровнем и объемом. В их числе лапароскопические: ЛХЭ после ЭПСТ - 31(11,2%); ЛХЭ, ЛХЭ, наружное дренирование холедоха - 45(16,3%); ЛХЭ, холедоходуоденостомия - 20(7,2%); традиционные (из лапаротомного доступа): холецистэктомия, ХЛЭ, наружное дренирование холедоха - 49(17,8%); холедостоеюностомия - 50(18,1%); холедохоеюностомия - 17(13,4%); холецистэктомия, холедоходуоденостомия - 22(8,0%); панкреатодуоденальная резекция - 1(0,4%); резекция холедоха, гепатико (бигепатико)-холецистостомия 7(2,5%); хлестогастростомия - 1(0,4%).

В 34 случаях интраоперационная ревизия холедоха дополнительно осуществлялась с помощью фиброхоледохоскопии. В 19 случаях ИФХС выполнялась при проведении операции лапаротомным доступом и в 15 случаях при лапароскопических операциях. В 12 случаях исследование было выполнено через расширенный пузырный проток, в остальных - через супрадуоденальное холедохотомическое отверстие. Первоначально осматривались дистальные отделы холедоха, в последующем проксимальные. В результате использования ИФХС в 2 случаях были выявлены в печеночных протоках резидуальные конкременты, которые удалены с помощью корзинки Dormia.

В раннем периоде после ЛХЭ, ХЛЭ и наружного дренирования холедоха у 2(4,4%) больных имело место желчеистечение в брюшную полость после извлечения из холедоха дренажей. Больным были произведены релапароскопии, санация и дренирование брюшной полости. Летальные исходы после лапароскопических операций отсутствовали.

Из 304 больных МЖ умерло 11(3,6%) при явлениях преобладающей сердечно-сосудистой, печеночной и почечной недостаточности в 7 случаях в связи с тяжелым и длительным течением заболевания у больных пожилого и старческого возраста, в 4 - на фоне ранних осложнений послеоперационного периода. В числе ранних послеоперационных осложнений среди умерших больных имели место: профузное кровотечение из культи поджелудочной железы (1), несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, разлитой фибринозно-желчный перитонит (1) после панкреатодуоденальных резекций, кровотечение из острых язв желудка после холецистогастроанастомоза (1), несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, желчный перитонит (1).

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Наиболее частыми причинами механической желтухи явились желчекаменная болезнь, холедохолитиаз (46,7%) и рак головки поджелудочной железы, гепатикохоледоха, Фатерова соска (38,5%).

2. Диагностика причин механической желтухи предполагает использование комплекса дополнительных аппаратных и рентгенологических методов, среди которых наиболее информативными были фиброхоледохоскопия и трепанбиопсия.

Хирургическое лечение механической желтухи допускает использование разных тактик и технологий. Определение лечебных возможностей и значения каждой из них требует не только глубокого анализа большого объема материала, но и учета технических возможностей стационаров, а также уровня квалификации персонала.

Литература

- Бойко В.В. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / В.В.Бойко, Г.А.Клименко, А.В.Ма-лоштан: монографія. - Х.: Нове сло-во, 2008. - 216 с.
- Дудла І.Д. Структура хірургії органів ге-патопанкреатодуоденальної зони у динаміці за 40 років у Мико-лаївській області /І.Д.Дудла, А.Ф.-Кісельов //Харківська хірургічна школа. - №2.1(33). - 2009. - С. 95-96.
- Ничитайло М.Е. Мининвазивная хи-рургия патологии желчевыводящих путей /М.Е.Ничитайло, В.В.Груб-ник: Монографія. - Київ: Здоров'я, 2008. - 424 с.
- Ольшанецкий А.А. Неотложные вмеша-тельства при осложненных добро-качественных стриктурах большо-го сосочка двенадцатиперстной кишки и дистального отдела холе-доха /А.А.Ольшанецкий, В.Н.Гарка-венко //Харківська хірургічна шко-ла. - №2.1(33). - 2009. - 158-161.
- Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA /О.Ю.Реброва. - М.: Медиасфера, 2002. - 312 с.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Кутовий О.Б., Пелех В.А., Самарець Е.Ф., Губар О.С., Пімахов В.В., Мамчур Д.В., Барінов І.В.

Резюме. Проведений аналіз діагностики та лікування механічної жовтяниці у 304 хворих віком від 27 до 94 років. У 46,7% випадків причиною механічної жовтяниці був холедохолітіаз, в 38,5% - рак голівки підшлункової залози, фатерова соска и гепатикохоледоха, в 8,9% - хронічний панкреатит, в 5,9% - інші захворювання холедоха. Серед розповсюджених допоміжних методів діагностики причин механічної жовтяниці, найбільшою інформативністю характеризувались фіброхоледохоскопія та трепанбіопсія. Подані результати застосування різних методів хірургічного лікування механічної жовтяниці.

Ключові слова: механічна жовтяниця, діагностика, лікування.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF DIFFERENT GENESIS

Kutoviy A.B., Pelekh V.A., Samarets E.F., Gubar A.S., Pimakhov V.V., Mamchur D.V., Barinov I.V.

Summary. The analysis of diagnostics and treatment of obstructive jaundice at 304 patients at the age from 27 to 94 years old was conducted. The cause of mechanical jaundice in 46,7% of cases was choledocholithiasis, in 38,5% - cancer of head of pancreas, in 8,9% - chronic pancreatitis, in 5,9% - other common diseases of choledochogastrostomy. Fibrosis choledochoscopy and trepan-biopsy were notable for informativeness among the extended auxiliary methods of diagnostics causes of obstructive jaundice. The results of application of different methods of surgical treatment of obstructive jaundice are presented.

Key words: obstructive jaundice, diagnostics, treatment.

© Караваева С.А., Горелик Ю.В., Иванов С.Л., Леваднев Ю.В., Немилова Т.К., Попов А.А., Попова Е.Б.

УДК: 616.329:616-089

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Караваева С.А., Горелик Ю.В., Иванов С.Л., Леваднев Ю.В., Немилова Т.К., Попов А.А., Попова Е.Б.

Детская городская больница №1, Центр хирургии новорожденных (ул. Авангардная, 14, г. Санкт-Петербург, Россия, 198205)

Резюме. В последние годы отмечаются существенные изменения в подходе к выбору метода хирургического лечения атрезии пищевода. В работе анализируется материал Санкт-Петербургского центра хирургии новорожденных - 78 новорожденных с пороками пищевода за последние 5 лет, из них 2 ребенка с трахеопищеводным свищом, остальные - с атрезией пищевода. Основное изменение в хирургической тактике - преимущественное наложение анастомоза (первичного или отсроченного) не только при атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом, но и попытки радикального вмешательства при изолированной форме порока (без свищей). Невысокая частота осложнений (несостоятельность анастомоза - 5%, стеноз пищевода - 2,3%, рецидив свища и гастроэзофагеальный рефлюкс - по 1,3%), а также снижение летальности до 7,4% в 2009 году свидетельствуют о правильности выбранной тактики.

Ключевые слова: пороки развития, атрезия пищевода, хирургия новорожденных.

Введение

Первая операция при атрезии пищевода (АП) у новорожденного, произведенная Г.А.Баириным в 1955 году, ознаменовала начало развития неонатальной хирургии в нашей стране, безусловным лидером которой Гирей Алиевич оставался на протяжении всей своей жизни.

При лечении никакой другой патологии у новорожденных не произошли столь значительные изменения за последние десятилетия, как при атрезии пищевода (АП). Само по себе большое разнообразие подходов к лечению атрезии пищевода говорит о том, что многие

проблемы остаются нерешенными до сих пор. Цель работы: поделиться опытом лечения атрезии пищевода.

Материалы и методы

С 1955 в Центре хирургии новорожденных Санкт-Петербурга лечились более 1000 больных с атрезией пищевода. В настоящей работе мы анализируем материал за последние 5 лет (2005-2009 г.г.). За этот период в клинику поступили 78 новорожденных с пороками пищевода, из них 76 - с атрезией пищевода и 2 - с изолированным трахеопищеводным свищом (ТПС).